

doi: 10.22034/8.1.1.1

مقاله پژوهشی

تاریخ دریافت: ۹۶/۹/۲ تاریخ پذیرش: ۹۷/۷/۴

مجله بهداشت و توسعه

سال هشتم/شماره ۱/ بهار ۱۳۹۸

بررسی رابطه تاب آوری، سلامت معنوی و حمایت اجتماعی با سازگاری با بیماری قلبی در بیماران قلبی شهر یزد

محمد علی بشارت^۱، سمیه رامش^۲

چکیده

مقدمه: سازگاری با بیماری قلبی، به عنوان تجربه‌ای استرس‌زا، فرآیندی است دشوار و مشکلات جدی برای فرد مبتلا فراهم می‌کند. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه تاب‌آوری، سلامت معنوی و حمایت اجتماعی با سازگاری با بیماری قلبی انجام شد. **روش‌ها:** در این مطالعه مقطعی تعداد ۳۲۷ بیمار مبتلا به تنگی عروق کرونر (۱۳۸ زن، ۱۸۹ مرد) به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در این پژوهش شرکت کردند. از شرکت‌کنندگان خواسته شد، مقیاس سازگاری با بیماری (AIS)، مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون (CD-RISC)، مقیاس بهزیستی معنوی (SWBS) و مقیاس تنهایی چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS) را تکمیل کنند. جهت تحلیل داده‌ها از روش آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ استفاده شد.

نتایج: نتایج پژوهش نشان داد که سازگاری با بیماری قلبی با تاب‌آوری، سلامت معنوی، حمایت اجتماعی ادراک شده و وضعیت اقتصادی رابطه مثبت و با طول مدت بیماری رابطه منفی معنادار دارد. همچنین بر اساس نتایج حاصل، تاب‌آوری ۳۹٪ و تاب‌آوری و سلامت معنوی ۴۲٪ از واریانس سازگاری با بیماری قلبی را تبیین کردند.

بحث و نتیجه‌گیری: توجه به نقش تاب‌آوری، سلامت معنوی و حمایت اجتماعی ادراک شده، طول مدت بیماری و وضعیت اقتصادی در برنامه‌های پیشگیرانه سلامت یک ضرورت است. در سطح درمان بیماری‌ها، همزمان با درمان‌های معمول طبی، مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر این متغیرها نیز مفید خواهند بود.

واژگان کلیدی: تاب‌آوری، سلامت معنوی، حمایت اجتماعی، بیماری قلبی، سازگاری

مقدمه

با این حال، تنها در چند دهه اخیر است که به بررسی عوامل روان‌شناختی شامل افسردگی، اضطراب، تنهایی اجتماعی، ویژگی‌های شخصیتی و استرس پرداخته شده است (۴،۵). افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی، همچنین در معرض ناراحتی‌های جسمی، روانی و اجتماعی مربوط به بیماری خود و درمان آن قرار می‌گیرند که بر توانایی آن‌ها در انطباق با سبک زندگی جدید تأثیر می‌گذارد (۶).

بیماری‌های قلبی - عروقی، به عنوان دسته‌ای از بیماری‌های مزمن، یکی از علل شایع مرگ‌ومیر محسوب می‌شوند و بخش مهمی از ناتوانی و مرگ زودرس را به خود اختصاص می‌دهند (۱،۲). مطالعات انجام شده در زمینه شناسایی عوامل درگیر در آسیب‌شناسی بیماری‌های قلبی - عروقی از دهه ۱۹۶۰ تاکنون بر عوامل چندگانه تمرکز داشته‌اند (۳).

۱- استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۲- دانشجوی دکترا، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

Email: ramesh_somayeh@ut.ac.ir

نویسنده مسئول: سمیه رامش

فکس: ۰۳۵-۳۷۲۶۸۱۶۸

تلفن: ۰۹۱۳۳۷۳۵۴۱۷

آدرس: تهران، دانشگاه تهران، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

بیماری‌های قلبی، به دلیل مزمن بودن، اغلب فعالیت‌های روزمره بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهند و سازگاری (adjustment) با آن‌ها به منزله یک دوره انتقال مهم در فرآیند زندگی به حساب می‌آید (۷). سازگاری با بیماری، فرآیند حفظ نگرش مثبت نسبت به خود و جهان علیرغم داشتن مشکلات جسمی است (۸). چندین مدل به بیان این که چگونه بیماران می‌توانند به سازگاری دست یابند پرداخته‌اند، از جمله رویکرد عمر که سازگاری را بر حسب ابعاد مختلف تحول مورد بررسی قرار می‌دهد (۹)؛ مدل شخصیت که بر نقش عوامل شخصیتی همچون خوش‌بینی و تاب‌آوری (resilience) در سازگاری تأکید دارد و مدل استرس و مقابله که راهبردهای مورد استفاده بیمار در دستیابی به تکالیف سازگارانة تحمیل شده از طریق بیماری را مورد توجه قرار می‌دهد (۱۰). مدل استرس و مقابله در سال‌های اخیر به مدل خودتنظیم‌گری بسط داده شده است و بر نقش فعال بیمار در سازگاری با استرس‌ها تأکید دارد (۸). بر اساس مدل شخصیت در خصوص سازگاری با بیماری، می‌توان پیش‌بینی کرد که تاب‌آوری به عنوان یکی از ویژگی‌های شخصیتی (۱۱، ۱۲) با سازگاری با بیماری (۱۶-۱۳) رابطه داشته باشد.

در حوزه سلامت، تاب‌آوری به توانایی فرد برای مقابله با سختی‌ها بدون تسلیم شدن در برابر آن‌ها و غلبه بر اثرات منفی رخدادهای استرس‌زای زندگی اشاره دارد (۱۷، ۱۸). همچنین توانایی مبتلایان به بیماری‌های مزمن در پذیرش مسئولیت در قبال درمان، تحت تأثیر خصوصیات فردی مانند انگیزه، خودکارآمدی و تاب‌آوری قرار دارد. شناسایی روش‌های کارآمد برای توسعه چنین ویژگی‌هایی در این دسته از بیماران می‌تواند راهبردهای مقابله‌ای

بیماران را بهبود بخشد و آن‌ها را برای رسیدگی منظم به بیماری خود آماده سازد (۱۹). مدیریت استرس و تاب‌آوری به بیماران در جهت دستیابی به آرامش و بهزیستی کمک می‌کند (۲۰). افراد برخوردار از خصیصه تاب‌آوری، آسیب‌پذیری کمتر نسبت به بیماری نشان می‌دهند (۲۱) و در رهایی از فشار ناشی از اثرات بیماری از توانایی بیشتری برخوردارند (۲۲). Block تاب‌آوری من (ego-resiliency) را خصیصه‌ای شخصیتی می‌داند که به منزله تعیین کننده انعطاف‌پذیری در کنترل هیجان‌ها عمل می‌کند (۲۳، ۱۱). افراد با تاب‌آوری پایین در شرایط استرس‌زا به شیوه انعطاف‌ناپذیر و خشک عمل می‌کنند که منجر به رفتار ناسازگارانه می‌شود (۱۶) و به هنگام مواجهه با مشکلات، مدت زمان بیشتری از استرس رنج می‌برند (۲۴). نتایج مطالعات مختلف از رابطه مستقیم تاب‌آوری و سلامت روانی خبر می‌دهند (۲۵-۲۸). Lossnitzer و همکاران (۲۹) در مطالعه‌ای برای بررسی همبستگی‌های تاب‌آوری در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، از رابطه مثبت حمایت اجتماعی و رابطه منفی ناامیدی و ناتوانی در درک و توصیف هیجان‌های خود با تاب‌آوری خبر دادند. همچنین مبتلایان به نارسایی قلبی که دچار افسردگی بودند، تاب‌آوری کمتری داشتند. یک مطالعه دیگر حاکی از آن بود که سطوح پایین تاب‌آوری در طول دوره نوجوانی با افزایش خطر بیماری قلبی در طول دوره بزرگسالی همراه است (۲۱). با توجه به نقش تعیین کننده تاب‌آوری در سلامت و بیماری جسمی و روانی، یکی از هدف‌های پژوهش حاضر مطالعه نقش پیش‌بین تاب‌آوری در سازگاری با بیماری در بیماران قلبی بود. یکی دیگر از عوامل تعیین کننده سلامت و بیماری،

معنویت (spirituality) است (۳۰). معنویت به عنوان نیروی حیاتی و یکپارچه کننده زندگی، به کسب تعادل بیشتر جسمی، روانی و بهزیستی اجتماعی می‌انجامد (۳۱). سازمان جهانی بهداشت، سلامت معنوی را فراتر از ابعاد سلامت جسمی، روانی و اجتماعی می‌داند و بر اثرات آن بر سلامت عمومی و شادکامی تأکید دارد (۳۲). معنویت، طب و سلامت همواره در ارتباط نزدیک با یکدیگر مورد توجه قرار گرفته‌اند (۳۳). بیماری، رنج کشیدن و مواجهه با مرگ همگی تجارب معنوی هستند و توجه به معنویت می‌تواند در فرآیند بهبودی و درمان بیماری‌ها نقش مهمی ایفا کند (۳۴). معنویت توانایی مقابله با بیماری و سرعت بهبودی را افزایش می‌دهد (۳۵). بر همین اساس، برخی از محققان بر این عقیده‌اند که در درمان لازم است بیمار را به عنوان یک کل و از تمام جوانب در نظر گرفت و اگر تنها به بیماری جسمی وی توجه شود، فرآیند بهبودی دچار اختلال می‌شود (۳۵). شواهد محکمی دال بر وجود رابطه بین معنویت و مذهب با سلامت روانی وجود دارد (۳۶). در الگوی زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی با در نظر گرفتن نقشی که معنویت در معنا بخشی به زندگی و ایجاد احساس تمامیت، امید و آرامش، حتی در اوج دست و پنجه نرم کردن با شدیدترین بیماری‌ها دارد، به ویژه در مورد بیماران مبتلا به بیماری‌های وخیم، مفید به نظر می‌رسد. مطالعات متعدد بر نقش معنویت و اهمیت آن در سلامت جسمی تأکید دارند (۳۷) و اثرات مثبت معنویت و سلامت معنوی بر سلامت عمومی و بیماری‌ها و ناتوانی‌هایی چون سیروز، آمفیروز و درد مزمن از سوی محققان بسیاری گزارش شده است (۳۸،۳۹). مقابله معنوی و مذهبی با سلامت جسمی و

روانی همراه است. فرآیند مقابله معنوی بر ایمانی استوار است که از طریق فراهم آوردن حمایت معنوی، ارتقاء دهنده سلامت و سازگاری روان‌شناختی نسبت به عوامل استرس‌زا همچون بیماری‌های مزمن است (۳۲،۴۰)، با استناد به نقشی که معنویت می‌تواند در سازگاری با بیماری داشته باشد.

حمایت اجتماعی، حمایتی است که از طریق زیرسیستم‌های اجتماعی مثل خانواده، دوستان، سازمان‌ها و سایر افراد تأمین می‌شود؛ و شبکه‌ای که با تأمین منابع روانی و مادی، به فرد در مقابله با استرس‌های روزمره کمک می‌کند (۴۱) و انواع ارتباطات اجتماعی، پیوندهای حمایت‌گرانه و سلامت جسمی و روانی را افزایش می‌دهند (۴۲،۴۳). تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت، تداوم زندگی یا مرگ با عوامل خطر ثابت شده از جمله کم‌تحرکی و چاقی مقایسه شده است (۴۴). برخی از محققان نیز رابطه مستقیم بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی را تأیید کرده‌اند (۴۵). در بیماران قلبی نیز یک عامل خطر روانی برای مرگ‌ومیر، محرومیت از حمایت اجتماعی یا ناکافی بودن آن است (۴۶). همچنین رابطه بین حمایت اجتماعی و افسردگی روشن است، به طوری که سطوح پایین حمایت اجتماعی می‌تواند به افسردگی یا تشدید آن بیانجامد (۴۷)؛ عاملی که خود می‌تواند به پیامدهای نامطلوب بیولوژیکی و همچنین رفتاری در بیماران قلبی منجر گردد (۴۸). برخورداری از ارتباط اجتماعی نه تنها بهزیستی روانی و هیجانی فرد را متأثر می‌سازد، بلکه دارای اثرات مثبت بر سلامت جسمی (۴۸) و طول عمر (۴۹) است.

بیماری قلبی به واسطه مزمن بودن زندگی فرد را به

طور گسترده متأثر کرده و فشار روانی زیادی را بر فرد تحمیل می‌کند؛ بنابراین در کنار درمان‌های طبی لازم است به وضعیت سلامت روانی این بیماران نیز توجه داشت تا آن‌ها را در ارتقای بهزیستی، سازگاری بهتر با بیماری، تبعیت از رژیم درمانی و تسهیل سیر درمان یاری رساند. بر اساس مطالب ذکر شده، متغیرهای روان‌شناختی تاب‌آوری، سلامت معنوی و حمایت اجتماعی از جمله عواملی هستند که می‌توانند توانایی و قابلیت فرد را در سازگاری و مقابله با این بیماری تحت تأثیر قرار دهند. بر این اساس در پژوهش حاضر نقش و توان پیش‌بین تاب‌آوری، سلامت معنوی و حمایت اجتماعی در رابطه با سطوح سازگاری با بیماری قلبی، مورد بررسی قرار گرفت.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه بیماران تنگی عروق بیمارستان افشار یزد در سال ۱۳۹۶ بود. با توجه به قانون حداقل حجم نمونه در تحقیقات همبستگی که ۵۰ نفر به ازای هر متغیر پیش‌بین ذکر شده است (۵۰)، در این پژوهش با توجه به وجود پنج متغیر پیش‌بین، حداقل حجم ۲۵۰ نفر کفایت نمود که برای افزایش اعتبار بیرونی نتایج، تعداد ۳۲۷ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه آماری پژوهش انتخاب شدند. نمونه‌گیری در یک بازه زمانی چهار ماهه انجام گرفت. معیارهای انتخاب نمونه برای پژوهش عبارت بودند از: ابتلا به بیماری قلبی از نوع گرفتگی عروق، داشتن حداقل تحصیلات در حد خواندن و نوشتن، نداشتن بیماری طبی جدی غیر از بیماری تنگی عروق کرونری، نداشتن اختلال

عمده روان‌پزشکی و وابستگی به مواد. در ابتدا با مشورت با متخصص قلب و عروق، اطلاعات لازم درباره بیماری‌های قلبی-عروقی به دست آمد. همچنین قبل از شرکت بیماران در پژوهش هدف از انجام پژوهش برای آن‌ها توضیح داده شد و از افراد رضایت آگاهانه کتبی اخذ شد.

پرسشنامه‌های پژوهش به شرح زیر توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد.

مقیاس سازگاری با بیماری، یک ابزار ۱۲ گویه‌ای است و سازگاری با بیماری‌های پزشکی را در اندازه‌های ۷ درجه‌ای از ۰ (اصلاً صحیح نیست) تا ۶ (کاملاً صحیح است) می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره بیمار در کل مقیاس به ترتیب ۰ و ۷۲ محاسبه شد. نمره بالاتر نشان دهنده سطوح بالاتر سازگاری با بیماری و مشارکت در فعالیت‌های معمول زندگی علیرغم تجربه و تحمل استرس‌ها و محدودیت‌های مربوط به بیماری است. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس سازگاری با بیماری در نمونه‌هایی از بیماران مبتلا به بیماری‌های طبی بررسی و تأیید شده است. روایی همگرا و تشخیصی (افتراقی) مقیاس سازگاری با بیماری از طریق اجرای همزمان مقیاس سلامت روانی، مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی و فهرست عواطف مثبت و منفی در مورد نمونه‌های مختلف محاسبه و مورد تأیید قرار گرفته است. ضرایب همبستگی سازگاری با بیماری با بهزیستی روان‌شناختی ۰/۶۵، با عاطفه مثبت ۰/۵۹، با درماندگی روان‌شناختی ۰/۵۱- و با عاطفه منفی ۰/۵۷- به دست آمد. این ضرایب در سطح $P < 0.001$ معنادار بودند. روایی پیش‌بین مقیاس سازگاری با بیماری از طریق مقایسه نمره‌های سازگاری دو گروه بهنجار و بیمار محاسبه شد. نتایج

نشان داد که نمره سازگاری نسبت به تفاوت و تمایز دو گروه در سطح $P < 0.001$ حساس است. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی نیز با تعیین یک عامل کلی، روایی سازه مقیاس سازگاری با بیماری را مورد تأیید قرار داد (۵۱).

مقیاس تاب‌آوری Connor-Davidson (CD-RISC) یک ابزار ۲۵ گویه‌ای است که سازه تاب‌آوری را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از صفر تا چهار می‌سنجد. حداقل نمره تاب‌آوری در این مقیاس صفر و حداکثر نمره صد است. نتایج مطالعه مقدماتی مربوط به ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، پایایی و روایی آن را تأیید کرده است. همسانی درونی، پایایی بازآزمایی و روایی همگرا و واگرایی مقیاس کافی گزارش شده‌اند؛ اگرچه نتایج تحلیل عاملی اکتشافی وجود پنج عامل (شایستگی/استحکام شخصی، اعتماد به غرایز شخصی/تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت عواطف/روابط ایمن، مهار، معنویت) را برای مقیاس تاب‌آوری تأیید کرده است، چون پایایی و روایی زیرمقیاس‌ها هنوز به طور قطع تأیید نشده‌اند، در حال حاضر فقط نمره کلی تاب‌آوری برای هدف‌های پژوهشی معتبر محسوب می‌شود (۵۲). ویژگی‌های روان‌سنجی فرم فارسی مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون در چندین پژوهش، که در خلال سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۹ در نمونه‌های بیمار ($n = 275$) و بهنجار ($n = 1123$) انجام شده‌اند، مورد بررسی و تأیید قرار گرفته‌اند. در این پژوهش‌ها، ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های هر یک از زیرمقیاس‌های تاب‌آوری از ۰/۷۳ تا ۰/۹۱ و برای نمره کل مقیاس از ۰/۸۱ تا ۰/۹۳ به دست آمد. این ضرایب همسانی درونی مقیاس تاب‌آوری Connor-Davidson را

تأیید نمودند. پایایی بازآزمایی مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون برای نمونه‌های بیمار ($n = 131$) و بهنجار ($n = 323$) در دو نوبت با فاصله‌های ۲ تا ۴ هفته برای هر یک از زیرمقیاس‌های تاب‌آوری از ۰/۶۹ تا ۰/۸۴ و برای نمره کل مقیاس از ۰/۷۰ تا ۰/۸۷ به دست آمد. این ضرایب که همه در سطح $P < 0.001$ معنادار بودند، پایایی بازآزمایی مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون را تأیید کردند. روایی همگرا و تشخیصی (افتراقی) مقیاس تاب‌آوری Connor-Davidson از طریق اجرای همزمان پرسشنامه تجدیدنظر شده شخصیت Eysenck، مقیاس خودکارآمدی و فهرست عواطف مثبت و منفی در مورد نمونه‌های مختلف از دو گروه بیمار و بهنجار محاسبه و مورد تأیید قرار گرفت. ضرایب همبستگی نمره کل مقیاس تاب‌آوری با حرمت خود ۰/۵۱، با نوروگرایی ۰/۴۴-، با برونگرایی ۰/۴۹، با خودکارآمدی ۰/۵۰، با عاطفه مثبت ۰/۴۷ و با عاطفه منفی ۰/۴۳- به دست آمد. این ضرایب در سطح $P < 0.001$ معنادار بودند. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی نیز با تعیین پنج عامل مشابه عوامل مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون، روایی سازه مقیاس را به صورت مقدماتی مورد تأیید قرار داد (۵۳).

مقیاس بهزیستی معنوی (Spiritual Well Being Scale) SWBS یک آزمون ۲۰ گویه‌ای است و کیفیت زندگی معنوی ادراک شده را در سه حوزه بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی و بهزیستی معنوی کلی در اندازه‌های شش درجه‌ای لیکرت از نمره یک تا شش می‌سنجد. بهزیستی مذهبی میزان ارتباط رضایت بخش فرد با خدا را می‌سنجد و بهزیستی وجودی احساس رضایت از زندگی و داشتن هدف در زندگی را اندازه می‌گیرد. نمرات

بالا تر سطوح بالاتر بهزیستی و رضایت معنوی را نشان می‌دهد (۵۴). مطالعات متعدد تأیید کرده‌اند که این مقیاس همسانی درونی و روایی سازه مناسبی دارد (۵۵، ۵۶). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس بهزیستی معنوی در پژوهش‌های ایرانی تأیید شده است. آقاحسینی و همکاران (۵۷) ضریب پایایی بازآزمایی مقیاس بهزیستی معنوی را ۰/۹۱ گزارش کردند و روایی صوری و محتوایی آن را مورد تأیید قرار دادند.

مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) MSPSS یک ابزار ۱۲ گویه‌ای است و حمایت اجتماعی را از سه منبع خانواده، اجتماع و دوستان در اندازه‌های ۷ درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۷ (کاملاً موافقم) می‌سنجد (۵۸). حداقل و حداکثر نمره فرد در کل مقیاس به ترتیب ۱۲ و ۸۴ و در هر یک از زیرمقیاس‌های حمایت خانوادگی، اجتماعی و دوستان به ترتیب ۴ و ۲۸ محاسبه شد. نمره بالاتر نشان دهنده حمایت اجتماعی ادراک شده بیشتر است. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده در پژوهش‌های خارجی مورد تأیید قرار گرفته است (۶۲-۵۹). در بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در نمونه‌هایی از دانشجویان و جمعیت عمومی ایرانی، ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و گویه‌های سه زیرمقیاس حمایت اجتماعی خانوادگی، اجتماعی و دوستان به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۷، ۰/۸۳ و ۰/۸۹ محاسبه شد. این ضرایب همسانی درونی مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده را تأیید می‌کنند. ضرایب همبستگی بین نمره‌های شرکت‌کنندگان در دو نوبت با فاصله دو تا

چهار هفته برای کل مقیاس و سه زیرمقیاس حمایت اجتماعی خانوادگی، اجتماعی و دوستان به ترتیب $r=0/86$ ، $r=0/78$ ، $r=0/69$ و $r=0/75$ محاسبه شد. این ضرایب که در سطح $P<0/001$ معنادار بودند، پایایی بازآزمایی مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده را تأیید می‌کنند. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی نیز با تعیین سه عامل (حمایت اجتماعی خانوادگی، اجتماعی و دوستان)، روایی سازه مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده را مورد تأیید قرار داد (۶۳).

داده‌های حاصل از این تحقیق با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ و از طریق شاخص‌های آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار و روش‌های آمار استنباطی شامل آزمون همبستگی پیرسون و اسپیرمن و تحلیل رگرسیون گام به گام در سطح معنی‌داری $P<0/001$ تحلیل شدند.

نتایج

مطالعه حاضر بر روی ۳۲۷ بیمار قلبی - عروقی انجام شد. از این تعداد ۱۸۹ نفر (۵۸/۰) مرد و ۱۳۸ نفر (۴۲/۰) زن بودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان $52/39 \pm 6/23$ سال و دامنه سن از ۳۱ تا ۶۳ سال بود. میانگین طول مدت بیماری $2/38 \pm 1/75$ سال بود. در جدول ۱ مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان شامل تحصیلات، وضعیت شغلی و اقتصادی آن‌ها آمده است. برای سنجش وضعیت اقتصادی از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا وضعیت اقتصادی خود را از ۱-۹ نمره گذاری کنند و نمرات ۱-۳، ۴-۶ و ۷-۹ به ترتیب به عنوان وضعیت اقتصادی ضعیف، متوسط و خوب معرفی شدند.

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در این مطالعه

متغیر	فراوانی	درصد
تحصیلات	ابتدایی	۳۸
	سیکل	۱۱۲
	دیپلم	۱۰۱
	فوق دیپلم	۲۰
	لیسانس	۳۷
	فوق لیسانس	۱۲
	دکتری	۷
وضعیت شغلی	شاغل	۱۷۰
	غیر شاغل	۱۵۷
وضعیت اقتصادی	ضعیف	۹۰
	خوب	۴۶
	متوسط	۱۹۱
		۵۸/۵
		۲۷/۵
		۱۴
		۵۸/۵

جدول ۲ شاخص‌های تحلیلی متغیرهای پژوهش شامل ضرایب همبستگی تاب‌آوری، سلامت معنوی، حمایت اجتماعی ادراک شده، طول مدت بیماری و وضعیت اقتصادی سن، تحصیلات، وضعیت شغلی و وضعیت اقتصادی و سازگاری با بیماری قلبی را نشان می‌دهد. نتایج پژوهش نشان داد که سازگاری با بیماری قلبی با تاب‌آوری، سلامت معنوی، حمایت اجتماعی ادراک شده و وضعیت اقتصادی همبستگی مثبت و با طول مدت بیماری همبستگی منفی معنادار دارد و با سن، تحصیلات و وضعیت شغلی همبستگی معنادار ندارد. به منظور پیش‌بینی میزان سازگاری با بیماری قلبی بر اساس تاب‌آوری، سلامت معنوی، حمایت اجتماعی، طول مدت بیماری و وضعیت اقتصادی از تحلیل رگرسیون استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل رگرسیون مفروضات تحلیل رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت. جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که نتایج این آزمون نشان داد داده‌های مربوط به سازگاری با

بیماری، تاب‌آوری، سلامت معنوی، حمایت اجتماعی درک شده، طول مدت بیماری و وضعیت اقتصادی نرمال می‌باشند ($P > 0.05$). به منظور بررسی پیش فرض استقلال خطاها و عدم هم خطی بین متغیرهای پیش بین، آماره دوربین واتسون انجام شد. چنان چه آماره به دست آمده، کمتر از ۴ باشد، نشان دهنده استقلال خطاها است. برای این تحلیل، مقدار این آماره ۳/۱۶ به دست آمد و بیانگر آن است که هیچ‌گونه تخطی از این مفروضه صورت نگرفته است. همچنین شاخص تشخیص هم خطی برای هر کدام از متغیرهای تاب‌آوری، سلامت معنوی و حمایت اجتماعی، طول مدت بیماری و وضعیت اقتصادی به عنوان متغیرهای پیش‌بین به صورت جداگانه بررسی شد. با توجه به این که ضریب همبستگی بین متغیرهای مستقل بالاتر از ۰/۷۰ نبوده است؛ بنابراین احتمال هم خطی بودن چندگانه مطرح نبود و برای استفاده از تحلیل رگرسیون مانعی وجود نداشت.

جدول ۲: همبستگی میان تاب‌آوری، سلامت معنوی، حمایت اجتماعی، طول مدت بیماری و مشخصات دموگرافیک با سازگاری با بیماری قلبی

متغیر	سازگاری با بیماری قلبی	تاب‌آوری	سلامت معنوی	حمایت اجتماعی درک شده	سن	طول مدت بیماری	تحصیلات	وضعیت شغلی	وضعیت اقتصادی
سازگاری با بیماری قلبی	۱								
تاب‌آوری	۰/۴۸	۱							
معناداری (P)	۰/۰۰۳								
سلامت معنوی	۰/۶۳	۰/۵۵	۱						
معناداری (P)	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲							
حمایت اجتماعی درک شده	۰/۱۷	۰/۲۱	۰/۲۶	۱					
معناداری (P)	۰/۰۰۹	۰/۰۰۶	۰/۰۰۵						
طول مدت بیماری	-۰/۱۲	۰/۰۱	۰/۰۹	۰/۰۵	۱				
معناداری (P)	۰/۰۳	۰/۶۳	۰/۲۷	۰/۴۳					
سن	۰/۰۶	۰/۰۴	۰/۰۱	۰/۰۸	۰/۲۳	۱			
معناداری (P)	۰/۳۶	۰/۴۸	۰/۶۲	۰/۳۱	۰/۰۰۵				
تحصیلات	۰/۰۸	۰/۰۳	۰/۱۳	۰/۰۲	۰/۱۵	۰/۱۰	۱		
معناداری (P)	۰/۳۴	۰/۵۲	۰/۰۳	۰/۶۱	۰/۰۲	۰/۲۸			
وضعیت شغلی	۰/۰۴	۰/۰۳	۰/۱۲	۰/۲۷	۰/۰۷	۰/۱۰	۰/۳۱	۱	
معناداری (P)	۰/۴۹	۰/۵۲	۰/۰۳	۰/۰۰۵	۰/۳۹	۰/۲۹	۰/۰۰۴		
وضعیت اقتصادی	۰/۱۱	۰/۱۶	۰/۰۹	۰/۰۸	۰/۳۳	۰/۰۲	۰/۱۹	۰/۱۰	۱
معناداری (P)	۰/۰۴	۰/۰۲	۰/۲۹	۰/۳۱	۰/۰۱	۰/۶۱	۰/۰۰۵	۰/۲۸	

به منظور بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی تک‌تک متغیرهای مستقل، ضرایب رگرسیون گام به گام و معنی‌داری آن‌ها بررسی شد (جدول ۳). با توجه به همبستگی معنادار دو متغیر طول مدت بیماری و وضعیت اقتصادی با سازگاری با بیماری قلبی، این دو متغیر در کنار متغیرهای سلامت معنوی، تاب‌آوری و حمایت اجتماعی وارد معادله رگرسیون شدند. نتایج رگرسیون در پیش‌بینی سازگاری با بیماری قلبی نشان داد که از بین تمامی متغیرهای پیش‌بین (سلامت معنوی، تاب‌آوری، حمایت اجتماعی، طول مدت

بیماری و وضعیت اقتصادی) سلامت معنوی و تاب‌آوری نقش معنی‌داری در پیش‌بینی سازگاری با بیماری قلبی داشتند و متغیرهای حمایت اجتماعی، طول مدت بیماری و وضعیت اقتصادی از معادله رگرسیون حذف شدند. متغیر سلامت معنوی ۳۹٪ و ترکیب دو متغیر سلامت معنوی و تاب‌آوری ۴۲٪ از واریانس سازگاری با بیماری قلبی را تبیین نمودند؛ بنابراین سازگاری با بیماری قلبی بر اساس سلامت معنوی و تاب‌آوری تا حدی قابل پیش‌بینی است.

جدول ۳: رگرسیون سازگاری با بیماری قلبی بر اساس متغیرهای تاب آوری، سلامت معنوی، حمایت اجتماعی، طول مدت بیماری و وضعیت اقتصادی

گام	پیش بین	R	R ²	R ² تعدیل شده	β
۱	سلامت معنوی	۰/۶۳۰	۰/۳۹۷	۰/۳۹۵	۰/۶۳
۲	سلامت معنوی	۰/۶۵۰	۰/۴۲۲	۰/۴۱۸	۰/۵۲
	تاب آوری				۰/۱۹
۳	سلامت معنوی	۰/۶۵۳	۰/۴۲۶	۰/۴۲۱	۰/۱۰
	تاب آوری				۰/۰۷
	حمایت اجتماعی				۰/۰۵
۴	سلامت معنوی	۰/۶۵۵	۰/۴۲۹	۰/۴۲۳	۰/۱۰
	تاب آوری				۰/۰۷
	حمایت اجتماعی				۰/۰۵
	طول مدت بیماری				۰/۰۴
۵	سلامت معنوی	۰/۶۵۸	۰/۴۳۲	۰/۴۲۸	۰/۱۰
	تاب آوری				۰/۰۷
	حمایت اجتماعی				۰/۰۵
	طول مدت بیماری				۰/۰۴
	وضعیت اقتصادی				۰/۰۳

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که بین تاب آوری و سازگاری با بیماری قلبی رابطه مثبت معنادار وجود دارد. این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های قبلی مطابقت داشت (۲۲، ۲۰-۱۵، ۱۳-۱۵). یکی از ویژگی‌های تاب آوری تعدیل و کاهش عواطف منفی ناشی از استرس و افزایش سازگاری است (۶۴). تاب آوری، همچنین عواطف مثبت را افزایش می‌دهد (۶۷-۶۵) و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای کارآمد را تسهیل می‌کند (۶۹، ۶۸). کاهش عواطف منفی، افزایش عواطف مثبت و استفاده بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای کارآمد مکانیسم‌هایی هستند که بیمار تاب آور از طریق آن‌ها موفق به سازگاری بیشتر با بیماری می‌شود (۱۵، ۱۴). یکی از ویژگی افراد تاب آور، سخت‌کوشی است (۷۰، ۷۱). سخت‌کوشی یک سازه شخصیتی متشکل از سه مؤلفه اصلی تعهد، کنترل و

مبارزه‌طلبی است (۷۰). به عبارت دیگر، افراد سخت‌کوش نسبت به آنچه انجام می‌دهند احساس مسئولیت کرده و خود را وقف هدف می‌کنند. چنین افرادی احساس می‌کنند که بر اوضاع مسلط هستند و خودشان تعیین کننده امور هستند و همچنین تغییرات زندگی را فرصت‌هایی برای رشد و پیشرفت می‌دانند. نه محدودیت و تهدید و سرسختانه تلاش می‌کنند. افراد با خصیصه مسئولیت‌شناسی با در نظر گرفتن موقعیت پیش آمده به عنوان بهترین فرصت، به جای کناره‌گیری با شرایط درگیر می‌شوند تا آن را به تجربه‌ای آموزنده و مهم تبدیل کنند. افرادی که احساس کنترل امور دارند، معتقدند که می‌توانند به جای این که تحت تأثیر شرایط پیرامون قرار گیرند، با تلاش خود موقعیت را تحت تأثیر قرار دهند و بر این باورند که کامیابی ساده و راحت به دست نیامده، بلکه نتیجه رشد خردمندی حاصل از تجربه‌های مثبت و

منفی زندگی است. بر این اساس تاب‌آوری از طریق سخت‌کوشی و مقاومت فرد در برابر استرس‌های روزمره می‌تواند احتمال سازگاری بیمار با بیماری را افزایش دهد. تاب‌آوری با خودکارآمدی بالا همراه است و افراد با خودکارآمدی قوی با احساس کنترل بر محیط و اعتماد به توانایی خود در انجام تکالیف تازه یا دشوار ظاهر می‌شوند و در مقابله و سازگاری با شرایط استرس‌زای زندگی موفق عمل می‌کنند (۷۲) و بر این اساس، چنین افرادی در صورت ابتلا به بیماری‌های مزمن مانند بیماری قلبی قابلیت سازگاری موفق با این گونه بیماری‌ها را دارند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین سلامت معنوی و سازگاری با بیماری قلبی رابطه مثبت معنادار وجود دارد. این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های قبلی (۳۶-۳۳، ۲۰، ۱۳) مطابقت دارد. نقش معنویت به عنوان مانعی در برابر افسردگی، ناامیدی، و تمایل به خودکشی (۷۳)، تعدیل‌کننده هیجان‌های منفی (۷۴) و آرامش‌بخش پریشانی و آشفتگی روانی در مواجهه با استرس‌های زندگی مورد تأیید قرار گرفته است (۷۵). هر یک از این تأثیرات و پیامدهای معنویت می‌توانند به نوبه خود احتمال سازگاری با بیماری و استرس‌های ناشی از آن را در بیمار افزایش دهند؛ بنابراین می‌توان گفت که معنویت از طریق تعدیل و کاهش هیجان‌های منفی، افسردگی و ناامیدی از یک سو و افزایش آرامش روانی از سوی دیگر و همچنین از طریق هدف‌دار کردن و معنا و ارزش دادن به زندگی، بهزیستی روان‌شناختی را افزایش می‌دهد و بهزیستی و سلامت روان‌شناختی نیز به سلامت جسمی و سازگاری با بیماری و شرایط دشوار کمک می‌کند (۷۶، ۷۷). شواهد پژوهشی نشان داده‌اند که سلامت معنوی زمینه‌ساز مقابله معنوی است و این

شیوه مقابله از طریق فراهم آوردن حمایت معنوی، ارتقاء دهنده سلامت و سازگاری روان‌شناختی نسبت به عوامل استرس‌زا همچون بیماری‌های مزمن است (۳۲، ۴۰). پژوهش Koenig و همکاران نشان داد بیماران که مشغولیت بیشتری با معنویت و مسائل معنوی دارند از حمایت اجتماعی، امید، خوش‌بینی، احساس معنادار بودن زندگی و خودکنترلی بالاتر و قوی‌تری بهره‌مند هستند؛ عواملی که هر یک به سهم خود می‌توانند احتمال سازگاری با بیماری را افزایش دهند (۳۳).

نتایج این پژوهش نشان داد بین حمایت اجتماعی و سازگاری با بیماری قلبی رابطه مثبت معنادار وجود دارد که با یافته‌های پژوهش‌های قبلی مطابقت دارد (۴۹-۴۲). کیفیت، کمیت و فراوانی روابط اجتماعی، به طور قابل توجهی وضعیت سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۷۸، ۷۹). حمایت اجتماعی از طریق افزایش امید و خوش‌بینی، رابطه بین فردی سالم، پیوند اجتماعی و همچنین تشویق رفتارهای ارتقاء بخش سلامت مثل ممانعت از مصرف سیگار، ترغیب فعالیت جسمی بیشتر و تقویت تبعیت از برنامه درمان دارویی، همزمان فرآیند بهبودی را تسهیل می‌کند و سازگاری با بیماری را افزایش می‌دهد. حمایت اجتماعی زمینه‌ساز برخورداری از توجه عاطفی، حمایت‌های دیگران، افزایش اطلاعات و دانش مرتبط با بیماری و جامعه‌پذیری است و از این طرق اثرات نامطلوب استرس‌های بیماری را کاهش داده و به سازگاری بیشتر با بیماری کمک می‌کند. حمایت اجتماعی در قالب حمایت ملموس یا حمایت عاطفی دریافت می‌شود. حمایت ملموس در قالب کمک کردن به فرد در انجام امور روزانه خود مانند خرید کردن ارائه می‌شود و حمایت عاطفی یعنی داشتن یک

نفر در زندگی که می‌توان از مراقبت، ابراز همدلی و حس پذیرش وی بهره‌مند بود؛ بنابراین بدیهی است که حمایت اجتماعی، با تأمین منابع روانی و مادی، پویایی روان‌شناختی، عاطفی، شناختی و جسمانی افراد دریافت‌کننده، این نوع از حمایت را تقویت می‌کند و سلامت جسمی و روانی را بهبود بخشیده و از این طریق احتمال سازگاری بیشتر بیمار با بیماری را افزایش می‌دهد.

از محدودیت‌های این مطالعه، روش نمونه‌گیری و محدود شدن اجرای پژوهش به یک بیمارستان در شهر یزد است که بر اساس آن تعمیم یافته‌ها باید با احتیاط صورت گیرد. فقدان کنترل جامع عوامل خطر یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر محسوب می‌شود. پیشنهاد می‌شود که مطالعات بعدی به منظور دست یافتن به نتایج با اعتبار بیشتر و با قابلیت تعمیم بالاتر، بر روی نمونه وسیع‌تر و با اندازه‌گیری و کنترل تمام عوامل خطر بیماری قلبی عروقی و سایر متغیرهایی که می‌توانند سازگاری با این بیماری را متأثر سازند، انجام پذیرد.

نتیجه‌گیری

متغیرهای روان‌شناختی؛ شامل تاب‌آوری، سلامت معنوی و حمایت اجتماعی، نقش تعیین‌کننده در سازگاری با بیماری قلبی دارند. بر این اساس، متخصصان سلامت و بهداشت می‌توانند در زمینه کار با بیماران قلبی از طریق به کارگیری مداخلات روان‌شناختی لازم و با تقویت تاب‌آوری، سلامت معنوی و حمایت اجتماعی، این گروه از بیماران را در سازگاری بهتر با بیماری‌شان یاری رسانند.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله پژوهشگران، از همکاری مسئولین بیمارستان افشار یزد جهت انجام پژوهش و همچنین از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی می‌نمایند. این تحقیق در قالب طرح پژوهشی شماره ۵۱۰۶۰۳/۱/۷۲ با استفاده از اعتبارات پژوهشی دانشگاه تهران انجام شد.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌نمایند که تضاد منافی در این تحقیق وجود ندارد.

References

1. Jiang G, Wang D, Li W, Pan Y, Zheng W, Zhang H, et al. Coronary heart disease mortality in China: age, gender, and urban-rural gaps during epidemiological transition. *Rev Panam Salud Publica* 2012;31(4):317-24.
2. Malta DC, Silva JR. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil após três anos de implantação, 2011-2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2014;23(3):389-95. doi.org/10.5123/S167949742014000300002.
3. Epstein FH. Multiple risk factors and the prediction of coronary heart disease. *Bull N Y Acad Med* 1968;44(8):916-35.
4. Cooper CL, Marshall J. Occupational Sources of Stress: A Review of the Literature Relating to Coronary Heart Disease and Mental Ill Health. In:

- Cooper CL, editor. *From Stress to Wellbeing Volume 1: The Theory and Research on Occupational Stress and Wellbeing*. London: Palgrave Macmillan UK; 2013. p. 3-23.
5. Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S, Sliwa K, Zubaid M, Almahmeed WA, et al. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004;364(9438):953-62. doi: 10.1016/S0140-6736(04)17019-0
6. Buck HG, Dickson VV, Fida R, Riegel B, D'Agostino F, Alvaro R, et al. Predictors of hospitalization and quality of life in heart failure: A model of comorbidity, self-efficacy and self-care.

- Int J Nurs Stud 2015;52(11):1714-22. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.06.018.
7. Crimmins EM. Trends in the health of the elderly. *Annu Rev Public Health* 2004;25:79-98.
 8. Sharpe L, Curran L. Understanding the process of adjustment to illness. *Soc Sci Med* 2006;62(5):1153-66. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.07.010
 9. Ryff CD, Singer B, Love GD, Essex MJ. Resilience in Adulthood and Later Life. In: Lomranz J, editors. *Handbook of Aging and Mental Health: An Integrative Approach*. New York, NY: Plenum Press; 1998. p. 69-96.
 10. Adler N, Matthews K. Health psychology: why do some people get sick and some stay well? *Annu Rev Psychol* 1994;45:229-59. doi: 10.1146/annurev.ps.45.020194.001305
 11. Block J. Personality as an Affect-processing System: Toward an Integrative Theory. New York: Psychology Press/Lawrence Erlbaum Associates; 2002.
 12. Lemos C, Gottschall CA, Pellanda LC, Müller M. Associação entre depressão, ansiedade e qualidade de vida após infarto do miocárdio. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2008;24(4):471-6. doi.org/10.1590/S010237722008000400010
 13. Steinhardt M, Dolbier C. Evaluation of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factors and decrease symptomatology. *J Am Coll Health* 2008;56(4):445-53. doi: 10.3200/JACH.56.44.445-454.
 14. Besharat MA. Resilience, vulnerability, and mental health. *Journal of Psychological Sciences* 2006; 6(24): 383-73. Persian
 15. Besharat M, Jahed H, Hosseini A. Investigating the moderating role of satisfaction with life in the relationship between resiliency and general health. *Counseling Culture and Psychotherapy* 2014;5(17):67-87. Persian
 16. Ng CS, Hurry J. Depression amongst Chinese adolescents in Hong Kong: an evaluation of a stress moderation model. *Social Indicators Research* 2011;100(3):499-516.
 17. Windle G, Bennett KM, Noyes J. A methodological review of resilience measurement scales. *Health Qual Life Outcomes* 2011;9:8. doi: 10.1186/1477-7525-9-8.
 18. Edward K. Chronic illness and wellbeing: using nursing practice to foster resilience as resistance. *Br J Nurs* 2013;22(13):741-2, 44, 46. doi:10.12968/bjon.2013.22.13.741
 19. Dillahunst-Aspillaga C, Agonis-Frain J, Hanson A, Frain M, Sosinski M, Ehlke S. Applying a resiliency model to community reintegration and needs in families with traumatic brain injury: Implications for rehabilitation counselors. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling* 2014; 45(1): 25-36.
 20. Dimsdale JE. Psychological stress and cardiovascular disease. *J Am Coll Cardiol* 2008;51(13):1237-46. doi: 10.1016/j.jacc.2007.12.024.
 21. Bergh C, Udumyan R, Fall K, Almroth H, Montgomery S. Stress resilience and physical fitness in adolescence and risk of coronary heart disease in middle age. *Heart* 2015;101(8):623-9. doi: 10.1136/heartjnl-2014-306703.
 22. Ma LC, Chang HJ, Liu YM, Hsieh HL, Lo L, Lin MY, et al. The relationship between health-promoting behaviors and resilience in patients with chronic kidney disease. *Scientific World Journal* 2013;2013:124973. doi: 10.1155/2013/124973.
 23. Block JH, Block J. The Role of Ego-Control and Ego-Resiliency in the Organization of Behavior. In: Collins WA, editors. *Development of Cognition, Affect, and Social Relations, the Minnesota Symposia on Child Psychology*. New York: Lawrence Erlbaum; 1980. p. 39-101.
 24. Thong MS, Kaptein AA, Krediet RT, Boeschoten EW, Dekker FW. Social support predicts survival in dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2007;22(3):845-50. doi: 10.1093/ndt/gfl700
 25. Abiola T, Udofia O. Psychometric assessment of the Wagnild and Young's resilience scale in Kano, Nigeria. *BMC Res Notes* 2011;4:509. doi: 10.1186/1756-0500-4-509.
 26. Karairmak O. Establishing the psychometric qualities of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) using exploratory and confirmatory factor analysis in a trauma survivor sample. *Psychiatry Res* 2010;179(3):350-6. doi: 10.1016/j.psychres.2009.09.012.
 27. Souri H, Hejazi E, Souri Nejad M. The relationship between resilience and psychological well-being: the mediating role of optimism. *Knowledge & Research in Applied Psychology* 2014, 15(1): 5-15. Persian
 28. He F, Cao R, Feng Z, Guan H, Peng J. The impacts of dispositional optimism and psychological resilience on the subjective well-being of burn patients: a structural equation modelling analysis. *PLoS One* 2013;8(12):e82939. doi: 10.1371/journal.pone.0082939.
 29. Lossnitzer N, Wagner E, Wild B, Frankenstein L, Rosendahl J, Leppert K, et al. Resilience in chronic heart failure. *Dtsch Med Wochenschr* 2014;139(12):580-4. doi: 10.1055/s-0034-1369862. In German
 30. Young C, Koopsen C. *Spirituality, Health, and Healing: An Integrative Approach*. 2th ed. USA: Jones & Bartlett Learning; 2009.
 31. Strawbridge WJ, Cohen RD, Shema SJ, Kaplan GA. Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. *Am J Public Health* 1997;87(6):957-61.

32. Ai AL, Hopp F, Tice TN, Koenig H. Existential relatedness in light of eudemonic well-being and religious coping among middle-aged and older cardiac patients. *J Health Psychol* 2013;18(3):368-82. doi: 10.1177/1359105311434754.
33. Koenig HG. MSJAMA: religion, spirituality, and medicine: application to clinical practice. *JAMA* 2000;284(13):1708. doi:10.1001/jama.284.13.1708-JMS1004-5-1
34. Bredle JM, Salsman JM, Debb SM, Arnold BJ, Cella D. Spiritual well-being as a component of health-related quality of life: the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy—Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). *Religions* 2011;2(1):77-94. doi.org/10.3390/rel2010077
35. Green M, Elliott M. Religion, health, and psychological well-being. *J Relig Health* 2010;49(2):149-63. doi: 10.1007/s10943-009-9242-1.
36. Ballew SH, Hannum SM, Gaines JM, Marx KA, Parrish JM. The role of spiritual experiences and activities in the relationship between chronic illness and psychological well-being. *J Relig Health* 2012;51(4):1386-96. doi: 10.1007/s10943-011-9498-0.
37. Liu EY, Schieman S, Jang SJ. Religiousness, spirituality, and psychological distress in Taiwan. *Review of Religious Research* 2011;53(2):137-59.
38. Konkoly Thege B, Pilling J, Szekely A, Kopp MS. Relationship between religiosity and health: evidence from a post-communist country. *Int J Behav Med* 2013;20(4):477-86. doi: 10.1007/s12529-012-9258-x.
39. Hidajat M, Zimmer Z, Saito Y, Lin HS. Religious activity, life expectancy, and disability-free life expectancy in Taiwan. *Eur J Ageing* 2013;10(3):229-36. doi: 10.1007/s10433-013-0273-9.
40. Phelps AC, Maciejewski PK, Nilsson M, Balboni TA, Wright AA, Paulk ME, et al. Religious coping and use of intensive life-prolonging care near death in patients with advanced cancer. *JAMA* 2009;301(11):1140-7. doi: 10.1001/jama.2009.341.
41. Cohen S. Social relationships and health. *Am Psychol* 2004;59(8):676-84. doi: 10.1037/0003-066X.59.8.676.
42. Taylor SE. Social support: A review. In: Friedman HS, editor. *Oxford Handbook of Health Psychology*. New York: Oxford University Press; 2011. p. 189–214.
43. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med* 2010;7(7):e1000316. doi: 10.1371/journal.pmed.1000316.
44. Shabanzadeh A, Zare Bahramabadi M, Hatami HR, Zahrakar K. The relationship between stress coping styles and social support with quality of life of female-headed households. *Sociology of Women (Journal of Woman and Society)* 2014;4(4):1-20. Persian
45. Compare A, Zarbo C, Manzoni GM, Castelnovo G, Baldassari E, Bonardi A, et al. Social support, depression, and heart disease: a ten year literature review. *Front Psychol* 2013;4:384. doi: 10.3389/fpsyg.2013.00384.
46. Lett HS, Blumenthal JA, Babyak MA, Strauman TJ, Robins C, Sherwood A. Social support and coronary heart disease: epidemiologic evidence and implications for treatment. *Psychosom Med* 2005 67(6):869-78. doi: 10.1097/01.psy.0000188393.73571.0a
47. Holanda CM, De Andrade FL, Bezerra MA, Nascimento JP, Neves Rda F, Alves SB, et al. Support networks and people with physical disabilities: social inclusion and access to health services. *Cien Saude Colet* 2015;20(1):175-84. doi: 10.1590/1413-81232014201.
48. Uchino BN. Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *J Behav Med* 2006;29(4):377-87. doi: 10.1007/s10865-006-9056-5
49. Shor E, Roelfs DJ, Yogev T. The strength of family ties: A meta-analysis and meta-regression of self-reported social support and mortality. *Social Networks* 2013;35(4):626-38. doi.org/10.1016/j.socnet.2013.08.004
50. Delavar A. *The Theoretical and Practical Fundamental of Research in Social and Human Science*. Tehran: Roshd; 2004.
51. Bazzazian S, Besharat MA. Reliability and validity of a Farsi version of the brief illness perception questionnaire. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2010;5:962-5. doi: 10.1016/j.sbspro.2010.07.217
52. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety* 2003;18(2):76-82. doi: 10.1002/da.10113
53. Besharat MA. Psychometric properties of a Farsi version of the Resilience Scale [Unpublished Research Report]. Tehran: University of Tehran; 2007. Persian
54. Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness, spiritual well-being, and quality of life. In: Peplau LA, Perlman D, editors. *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research, and Therapy*; 1982. p. 224-37.
55. Bufford RK., Paloutzian RF., Ellison, CW. Norms for the Spiritual Well-Being Scale. *Journal of Psychology and Theology* 1991 19(1): 56-70.
56. Genia V. Evaluation of the Spiritual Well-Being scale in a sample of College students. *The International Journal for the Psychology of Religion* 2001;11(1):25-33. doi: 10.1207/S15327582IJPR1101_03

57. Agha Hosseini S, Rahmani A, Abdollahzadeh F, Asvadi Kermani I. Spiritual Health in Cancer Patients and its Related Factors. *Qom Univ Med Sci J* 2011;5(3):7-12. Persian
58. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment* 1988; 52(1): 30-41. doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2
59. Bruwer B, Emsley R, Kidd M, Lochner C, Seedat S. Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. *Compr Psychiatry* 2008;49(2):195-201. doi: 10.1016/j.comppsy.2007.09.002.
60. Stanley MA, Beck JG, Zebb BJ. Psychometric properties of the MSPSS in older adults. *Aging & Mental Health* 1998;2(3):186-93. doi.org/10.1080/13607869856669
61. Chou KL. Assessing Chinese adolescents' social support: the multidimensional scale of perceived social support. *Personality and Individual Differences* 2000;28(2):299-307. doi.org/10.1016/S0191-8869(99)00098-7
62. Dahlem NW, Zimet GD, Walker RR. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support: a confirmation study. *J Clin Psychol* 1991;47(6):756-61. doi.org/10.1002/10974679(199111)47:6<756::AID-JCLP2270470605>3.0.CO;2-L
63. Besharat MA. Psychometric properties and factor structure of the Multidimensional Scale Perceived Social Support. [Unpublished Research Report]. Tehran: Tehran University; 2003.
64. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *J Nurs Meas* 1993;1(2):165-78.
65. Benetti C, Kambouropoulos N. Affect-regulated indirect effects of trait anxiety and trait resilience on self-esteem. *Personality and Individual Differences* 2006;41(2):341-52. doi.org/10.1016/j.paid.2006.01.015
66. Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am Psychol* 2004;59(1):20-8. doi: 10.1037/0003-066X.59.1.20
67. Ong AD, Zautra AJ, Reid MC. Psychological resilience predicts decreases in pain catastrophizing through positive emotions. *Psychol Aging* 2010;25(3):516-23. doi: 10.1037/a0019384.
68. Zautra AJ. Resilience: one part recovery, two parts sustainability. *J Pers* 2009;77(6):1935-43. doi: 10.1111/j.1467-6494.2009.00605.x.
69. Karatsoreos IN, McEwen BS. Psychobiological allostasis: resistance, resilience and vulnerability. *Trends Cogn Sci* 2011;15(12):576-84. doi: 10.1016/j.tics.2011.10.005.
70. Kobasa SC. Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *J Pers Soc Psychol* 1979;37(1):1-11. doi.org/10.1037/0022-3514.37.1.1
71. Maddi SR. The Story of Hardiness: Twenty Years of Theorizing, Research, and Practice. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research* 2002; 54(3): 173-85. doi.org/10.1037/1061-4087.54.3.173
72. Bandura A. Self-efficacy: The Exercise of Control. New York, NY, US: W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co; 1997.
73. Miller L, Wickramaratne P, Gameroff MJ, Sage M, Tenke CE, Weissman MM. Religiosity and major depression in adults at high risk: a ten-year prospective study. *Am J Psychiatry* 2012;169(1):89-94. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.10121823.
74. McCullough ME, Willoughby BL. Religion, self-regulation, and self-control: Associations, explanations, and implications. *Psychol Bull* 2009;135(1):69-93. doi: 10.1037/a0014213.
75. Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *J Clin Psychol* 2000;56(4):519-43.
76. Heydarzadegan A, Koochakzadeh M. Study of the relationship between spiritual well-being and self-efficacy of students of faculty of engineering and psychology and educational sciences. *Iranian Journal of Engineering Education*. 2015;17(65):79-93. Persian doi: 10.22047/ijee.2015.8012
77. Timmers L, Thong M, Dekker FW, Boeschoten EW, Heijmans M, Rijken M, et al. Illness perceptions in dialysis patients and their association with quality of life. *Psychol Health* 2008;23(6):679-90. doi: 10.1080/14768320701246535.
78. Tung KS, Ning WW, Kris LE. Effect of resilience on self-perceived stress and experiences on stress symptoms a surveillance report. *Universal Journal of Public Health* 2014;2(2):64-72.
79. Vaananen A, Kouvonen A, Kivimaki M, Pentti J, Vahtera J. Social support, network heterogeneity, and smoking behavior in women: the 10-town study *Am J Health Promot* 2008;22(4):246-55. doi: 10.4278/0701094R1.1

The relation between resilience, spiritual well-being, and social support with adjustment to heart disease

Mohammad-Ali Besharat¹, Somayeh Ramesh²

Abstract

Background: Adjustment to heart disease, as a stressful experience, is a complicated process and causes serious problems for a heart patient. The present study aimed to find the relation between adjustment to heart disease and resilience, spiritual well-being, and social support.

Methods: In this cross-sectional study a total of 327 patients with coronary artery disease (138 women and 189 men) were selected through convenient sampling. Participants completed the Adjustment to Illness Scale (AIS), Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), Spiritual Well-Being Scale (SWBS), and the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). Data were analyzed using Pearson's correlation and stepwise regression, through SPSS 18 software.

Results: Results showed that adjustment to heart disease had a significant direct relation with resiliency, spiritual well-being, perceived social support, and economic situation; and a significant inverse relation with the duration of the disease. Regression analysis revealed that resilience and resilience with spiritual well-being respectively predicted 39% and 42% of the variance of adjustment to heart disease.

Conclusion: Focusing on resilience, spiritual well-being, perceived social support, duration of the disease and the economic situation is necessary in prevention programs. At an interventional level, along with the routine medical treatments, psychological interventions based on these variables are important.

Keywords: Resilience, Spiritual well-being, Social support, Heart disease, Adjustment

Citation: Besharat MA, Ramesh S. The relation between resilience, spiritual well-being, and social support with adjustment to heart disease Health and Development Journal 2019; 8(1): 1-15. [In Persian] doi: 10.22034/8.1.1.1

© 2019 The Author(s). This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

1- Professor, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran

2- PhD Student, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran

Corresponding Author: Somayeh Ramesh

Email: ramesh_somayeh@ut.ac.ir

Address: School of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.

Tel: 09133735417

Fax: 035-37268168